

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

---

1933-1934. — N° 51

---

LE TRAITEMENT  
DES  
**FAUSSES - ROUTES DE L'URÈTRE**

---

**THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE**

*présentée et soutenue publiquement le Vendredi 15 Décembre 1933*

PAR

**Lucien-Eugène-Alexandre ISOARD**

ÉLÈVE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE.

Né à MARTIGUES (Bouches-du-Rhône), le 26 septembre 1908.

---

|                        |   |                               |            |
|------------------------|---|-------------------------------|------------|
| Examineurs de la Thèse | { | MM. DUVERGEY, professeur..... | Président. |
|                        |   | CHAVANNAZ, professeur.....    | Juges.     |
|                        |   | JEANNENEY, professeur.....    |            |
|                        |   | LOUBAT, agrégé.....           |            |

---

BORDEAUX

IMPRIMERIE-LIBRAIRIE DE L'UNIVERSITÉ

Y. CADORET, DELMAS, SUCCESEUR

6, Place Saint-Christoly

---

1933







Digitized by the Internet Archive  
in 2026

[https://archive.org/details/IA41548415\\_0071](https://archive.org/details/IA41548415_0071)

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1933-1934. — N° 51

LE TRAITEMENT  
DES  
FAUSSES-ROUTES DE L'URÈTRE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

*présentée et soutenue publiquement le Vendredi 15 Décembre 1933*

PAR

Lucien-Eugène-Alexandre ISOARD

ELÈVE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE.

Né à MARTIGUES (Bouches-du-Rhône), le 26 septembre 1908.

|                        |   |                               |            |
|------------------------|---|-------------------------------|------------|
| Examineurs de la Thèse | { | MM. DUVERGEY, professeur..... | Président. |
|                        |   | CHAVANNAZ, professeur.....    | Juges.     |
|                        |   | JEANNENEY, professeur....     |            |
|                        |   | LOUBAT, agrégé.....           |            |

BORDEAUX

IMPRIMERIE-LIBRAIRIE DE L'UNIVERSITÉ

Y. CADORET, DELMAS, SUCCESSEUR

6, Place Saint-Christoly

1933

# FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS..... Doyen.

## PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. POUSSON, MOURE, W. DUBREUILH, RIVIÈRE, BARTHE,  
DENIGÈS, AUCHÉ, SELLIER, BEILLE, CASSAËT

## PROFESSEURS

|                                                 | MM.          |                                               | MM.       |
|-------------------------------------------------|--------------|-----------------------------------------------|-----------|
| Clinique médicale.....                          | MAURIAC.     | Zoologie et parasitologie.....                | MANDOUL.  |
| id.....                                         | DUPÉRIÉ.     | Médecine expérimentale.....                   | N.        |
| Clinique chirurgicale.....                      | CHAVANNAZ.   | Clinique ophtalmologique.....                 | TEULIÈRES |
| id.....                                         | BÉGOUIN.     | Clinique chirurg. infantile et orthopédie..   | ROCHER.   |
| Pathologie et thérapeutiques générales...       | CARLES.      | Clinique gynécologique.....                   | GUYOT.    |
| Clinique d'accouchements.....                   | ANDÉRODIAS.  | Clinique méd. des maladies des enfants..      | CRUCHET.  |
| Anatomie pathol. et microscopie clinique.       | SABRAZÈS.    | Chimie biologique et médicale.....            | DELAUNAY. |
| Anatomie.....                                   | VILLEMIN.    | Physique médicale et pharmaceutique....       | SIGALAS.  |
| Anatomie générale et histologie.....            | G. DUBREUIL. | Médec. coloniale et clin. des mal. exotiques. | BONNIN.   |
| Physiologie.....                                | PACHON       | Clinique des malad. cutanées et syphilitiques | PETGES.   |
| Hygiène.....                                    | LEURET.      | Clinique des maladies des voies urinaires.    | DUVERGEY  |
| Médecine légale et déontologie.....             | LANDE.       | Clinique des malad. nerveuses et mentales.    | ABADIE.   |
| Electroradiologie et clin. d'électricité médic. | RÉCHOU.      | Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....        | PORTMANN. |
| Chimie.....                                     | CHELLE.      | Toxicologie et hygiène appliquée.....         | LABAT.    |
| Botanique et matière médicale.....              | GOLSE.       | Hydrologie thérapeutique et climatologie..    | CREYX.    |
| Pharmacie.....                                  | DUPOUY.      | Clinique dentaire.....                        | CAVALIÉ.  |

MM MICHELEAU (Médecine générale). MURATET (Anatomie pathologique). LACOSTE (Histologie).

PERY (Obstétrique). PERRENS (Maladies mentales). PAPIN (Chirurgie générale).

R. SIGALAS (Parasitologie et sciences naturelles). JEANNENEY (Chirurgie générale).

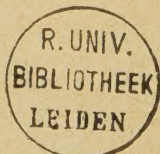
## AGRÉGÉS EN EXERCICE :

|                        | MM.              |                                             | MM.        |
|------------------------|------------------|---------------------------------------------|------------|
| Anatomie.....          | DUBECQ.          | Chirurgie générale.....                     | CHARRIER.  |
| id.....                | DUFOUR.          | id.....                                     | LOUBAT.    |
| Physiologie.....       | FABRE.           | Ob-tétrique.....                            | RIVIÈRE.   |
| Médecine générale..... | AUBERTIN.        | Ophtalmologie.....                          | BEAUVIEUX. |
| id.....                | DAMADE.          | Physique médicale.....                      | N.         |
| id.....                | PIÉCHAUD.        | Dermatologie et syphiligraphie.....         | JOULIA.    |
| id.....                | DELMAS-MARSALET. | Oto-rhino-laryngologie.....                 | N.         |
| id.....                | N.               | Chimie générale pharmaceut. et toxicologie. | VITTE.     |
| id.....                | N.               |                                             |            |

## COURS COMPLÉMENTAIRES :

|                                                                                                 | MM.                    |                                         | MM.                      |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|-----------------------------------------|--------------------------|
| Médecine opératoire.....                                                                        | PAPIN.                 | Puériculture.....                       | FAUGÈRE.                 |
| Physiologie.....                                                                                | FABRE.                 | Démonstrations et préparations pharmac. | N.                       |
| Pathologie médicale.....                                                                        | DELMAS-MARSALET.       | Zoologie et parasitologie.....          | R. SIGALAS.              |
| Accouchements.....                                                                              | RIVIÈRE.               |                                         |                          |
| Ophtalmologie.....                                                                              |                        |                                         |                          |
| Ortopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes. |                        |                                         | MM. CABANNES (en congé). |
| Cours complémentaire annexe. — Prothèse et rééducation professionnelle.....                     |                        |                                         | N.                       |
| id.....                                                                                         | Clinique dentaire..... |                                         | GOURDON.                 |
|                                                                                                 |                        |                                         | DELGUEL.                 |

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.



A MA GRAND'MERE

---

A MON PERE — A MA MERE

Faible témoignage de mon immense affection.

---

A MES ONCLES — A MES TANTES

---

A TOUS LES MIENS

A MON AMI

LE PROFESSEUR AGRÉGÉ DE PHILOSOPHIE PAUL JAUME

---

A MES AMIS

---

A MES CAMARADES DE L'ÉCOLE DE SANTÉ NAVALE  
ET COLONIALE

A MES MAÎTRES DE LA FACULTE ET DES HOPITAUX

---

A MES PROFESSEURS DE L'ECOLE ANNEXE DE TOULON  
ET DE L'ECOLE DE SANTE NAVALE

---

A MONSIEUR LE MÉDECIN GÉNÉRAL DARGEIN

*Directeur de l'Ecole principale du Service de Santé de la Marine  
et des Colonies,  
Commandeur de la Légion d'honneur,  
Croix de guerre,  
Officier de l'Instruction publique.*

---

A MONSIEUR LE MÉDECIN EN CHEF BRUN

*Sous-Directeur de l'Ecole principale du Service de Santé de la Marine  
et des Colonies,  
Officier de la Légion d'honneur,  
Croix de guerre,  
Officier de l'Instruction publique.*

A MES JUGES

A MON PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR J. DUVERGEY

*Professeur de Clinique des maladies des voies urinaires à la Faculté  
de Médecine de Bordeaux,  
Chirurgien des Hôpitaux,  
Correspondant national de la Société de Chirurgie,  
Chevalier de la Légion d'honneur,  
Officier de l'Instruction publique.*

En remerciement de l'honneur qu'il nous a fait.



## AVANT-PROPOS

---

Certes, notre prétention serait grande, au terme de nos études, si nous pensions apporter des lumières nouvelles sur le sujet que nous avons choisi. Notre but est plus modeste, et sans doute mieux à la portée de notre petite science et de notre faible expérience.

Nous voulons simplement, en entreprenant ce travail, faire une mise au point de la question des fausses routes de l'urètre, étudier les différentes thérapeutiques et essayer de dégager quelle est la meilleure conduite à tenir en face de cet accident du cathétérisme.

Qu'il nous soit permis, avant d'aborder cette étude, de remercier notre Maître M. le Professeur Duvergey, qui nous a inspiré le sujet de notre thèse. Après nous avoir fait apprendre et aimer l'urologie dans son service hospitalier et dans ses admirables leçons cliniques, il a bien voulu nous guider dans notre travail et nous donner trois observations inédites.

Qu'il trouve ici l'expression de notre profonde reconnaissance.

---



# LE TRAITEMENT DES FAUSSES ROUTES DE L'URÈTRE

---

## INTRODUCTION

---

Parmi les accidents du cathétérisme de l'urètre, les uns sont d'ordre septique, comme les cystites, les prostatites, les périurétrites; les autres d'ordre dynamique, comme la rétention d'urine; d'autres enfin sont d'ordre traumatique; ce sont les fausses routes.

Nous ne pouvons donner, de celles-ci, une meilleure définition que celle de Legueu : « La fausse route est une effraction de l'urètre faite au cours du cathétérisme, et de nature à gêner l'introduction de la sonde en la vessie. »

Le plus souvent, cet accident est bénin et guérit tout seul; cependant, il peut donner de graves complications, que nous étudierons plus loin. Il ne semble pas que nous puissions commencer directement notre travail par les directives thérapeutiques.

Nous allons, dans un premier chapitre, que nous ferons le plus concis possible, étudier : l'anatomie de l'urètre (et surtout celle de l'urètre pathologique), la pathogénie et les signes cliniques de la fausse route. Nous dirons quelques mots sur le diagnostic radiographique de cette lésion. Enfin, dans un deuxième chapitre, plus étendu, nous aborderons le traitement.

## CHAPITRE PREMIER

---

L'*urètre normal* a deux parois : l'une supérieure, la « paroi chirurgicale » de Legueu, celle qu'il faudra toujours suivre avec l'extrémité de la sonde; l'autre inférieure, la paroi dangereuse, qui possède : dans sa partie spongieuse, les follicules de Morgagni; dans sa partie prostatique, des valvules, qui peuvent être plus ou moins développées; enfin, dans la partie intermédiaire, le cul-de-sac du bulbe, obstacle le plus sérieux du cathétérisme. Chez le vieillard, la dépression du cul-de-sac peut être très profonde, et la sonde peut y pénétrer, malgré les tractions exercées sur la verge pour redresser le canal. De même, s'il y a spasme, qui ferme l'urètre membraneux, le cathéter pourra encore s'engager dans le cul-de-sac.

Tous ces obstacles : follicules trop développés, valvules ou cul-de-sac peuvent être accrochés par l'extrémité du cathéter et créer des fausses routes.

Mais le plus souvent l'urètre que l'on cathétérise n'est pas normal; c'est, ou bien, un urètre rétréci, et le rétrécissement (sauf celui postérieur à une rupture traumatique de l'urètre) siège toujours sur l'urètre spongieux et la plupart du temps sur le bulbe (Duvergey), créant ainsi un obstacle très sérieux, ou bien un urètre qui est modifié dans sa forme par un adénome prostatique.

Ces modifications sont nombreuses, suivant la forme et le siège de l'adénome. La plus dangereuse est l'hypertrophie du lobe médian (Surraco), qui donne une déformation dans le sens antéro-postérieur. Enfin, l'hypertrophie d'un lobe latéral, donnant une déformation latéro-latérale, plus facilement franchissable (Pinsan).

Nous voyons donc, par cette brève étude, que l'urètre possède deux endroits dangereux :

le cul-de-sac du bulbe,  
et l'urètre prostatique,

et que ce sera là presque toujours le siège de prédilection des fausses routes.

---

## ETIOLOGIE

---

Comme le dit Legueu, un urètre ne suffit pas; il faut aussi, pour faire une fausse route, un instrument et un opérateur.

Un instrument : il est évident qu'un instrument métallique, comme l'explorateur de Pasteau, par exemple, conduit sans prudence, fera plus facilement une effraction de la muqueuse qu'une sonde molle. De même une petite bougie, fine et pointue. Enfin le choix défectueux de l'instrument : on aura voulu par exemple sonder un prostatique, avec une sonde bougie au lieu de se servir d'une sonde à bécuille.

Un opérateur : ce n'est pas toujours le médecin; bien souvent, au contraire, c'est le malade, qui a pris l'habitude de se sonder, qui, bien que sentant une résistance, a poussé la sonde brutalement et « s'est fait saigner ».

Quelquefois, cependant, c'est le médecin qui est responsable de cet accident : par amour-propre, et malgré de grandes difficultés, il a voulu passer, et y est arrivé, mais après une érosion de la muqueuse. Ceci arrivait très fréquemment au temps où l'on pratiquait le *cathétérisme forcé*, cher à Desaut, Chopart, Boyer et Voillemier, procédé qui a été abandonné pour faire place à la prudence et la douceur de celui qui fait un cathétérisme.

Quelles sont les lésions produites sur l'urètre?

Le plus souvent, c'est une simple érosion de la muqueuse avec attrition légère du tissu sous-jacent.

Quelquefois, cependant, la plaie urétrale peut exister avec une déchirure plus ou moins grande du tissu spongieux ou du tissu prostatique.

Dans le cas de rétrécissement, on a vu une bougie fine se creuser dans le tissu scléreux un chemin parallèle à l'urètre

(obs. III), pour continuer ensuite dans celui-ci, et pouvant ensuite, sans rencontrer d'autre obstacle, pénétrer dans la vessie. De même, une bougie a pu passer à travers un pont de substance adénomateuse dans un cas d'hypertrophie du lobe médian (pièces du Musée de Necker, n<sup>os</sup> 25, 63 et 43) (obs. IV).

Les signes cliniques de la fausse route sont : tout d'abord, l'arrêt du cathéter, la douleur si on essaie de forcer l'obstacle; ce sont des signaux d'alarme.

Enfin, si la fausse route est faite, en plus de la douleur et de l'échec du cathétérisme, nous aurons toujours une urétrorragie, si faible soit-elle, qui peut même être très abondante, et le sang peut s'épancher dans la vessie.

Ces symptômes révélateurs ne permettent pas de laisser passer cet accident.

L'hémorragie est favorisée, dans le cas surtout de l'adénome prostatique, par l'état congestif des glandules urétrales qui sont hypertrophiées (nous savons en effet que ce n'est pas la prostate qui s'hypertrophie, mais bien les glandules péri-urétrales, repoussant à la périphérie la prostate elle-même), et dans ce cas de fausse route prostatique, il y a toujours une hémorragie intravésicale (obs. V et VI).

Pour faire le diagnostic de la fausse route, on peut se servir aussi de la radiographie, qui donne souvent des images nettes, ressemblant à des diverticules, on prendra surtout le cliché de profil ou de trois quarts.

On introduit une sonde jusque dans la fausse route, où on fait l'injection de liquide opaque directement par le méat. Le liquide employé diffère selon les auteurs : collargol (Uteau et Caillot), solutions bismuthées (Béclère et Henry); le lipiodol (10 cm<sup>3</sup> injectés directement à la seringue) s'emploie aussi. Nous présentons dans notre observation VII une radiographie de fausse route, prise par MM. Lachapèle et Guérin, au lipiodol, et qui donne une image identique à un diverticule de l'urètre; c'est un récessus plongeant sous la prostate.

## EVOLUTION ET PRONOSTIC

---

La fausse route, étant une plaie ouverte dans l'urètre, représente donc une porte d'entrée de l'infection. Cependant le plus souvent, chez des malades non infectés, et même chez des infectés urinaires (Legueu), l'érosion de la muqueuse urétrale guérit toute seule sans laisser à sa suite de rétrécissement traumatique.

La fausse route ne guérit pas toujours ainsi, et l'infection peut entraîner :

- des accidents immédiats (fièvre, frissons);
- des accidents secondaires (périurétrite phlegmoneuse ou gangréneuse);
- des accidents tardifs (prostatite, abcès de la prostate).

Ces complications sont très graves; elles nécessitent une intervention large (urétrotomie externe, drainage et irrigation antiseptique continue). Ces opérations se font alors dans de mauvaises conditions, l'état général de ces urinaires étant très précaire; la mortalité opératoire est grande.

Enfin, la fausse route peut être dangereuse, par l'abondance de l'hémorragie qu'elle provoque, et qui est parfois très difficile à arrêter. Vintici cite des observations où l'hémorragie se voit chez des prostatiques après une séance de dilatation, sans qu'il y ait eu fausse route; cependant, certains auteurs : Guyon, Escat, Christensen, pensent que c'est cet accident qui est le plus souvent à l'origine de ces hémorragies.

Par ces complications, nous comprenons que, si les fausses routes sont en général de pronostic bénin, de nombreux malades ont pu traumatiser leur muqueuse urétrale, « se faire

saigner »; sans grand dommage nous ne pouvons pas cependant considérer cet accident comme négligeable. Au contraire, nous devons, pour prévenir ces complications redoutables, les dépister et les traiter. Nous allons étudier les différentes thérapeutiques dans le chapitre qui suit.

## CHAPITRE II

---

Commençons tout d'abord par faire le traitement préventif.

Nous ne rappellerons avec beaucoup de détails ni la forme ni les dimensions des divers instruments (explorateur métallique, à boule, sonde en gomme, sonde bougie, etc.), qui servent au cathétérisme, ni non plus la manière de rendre tous ces instruments aseptiques (ce qui est assez difficile pour les sondes en gomme par exemple). Non, tous ces détails techniques sont donnés dans les manuels de chirurgie urinaire.

Cependant, il ne nous semble pas superflu de dire qu'il faudra toujours, dans le cathétérisme, que celui-ci soit explorateur, évacuateur, ou dilatateur, aller avec la plus sage prudence et la plus grande douceur. Faire abstraction de tout amour-propre, et ne pas s'obstiner à vouloir sonder un malade qui souffre, et où on sent l'extrémité de la sonde buter sur un obstacle. Si, après avoir pris le meilleur instrument et toutes les précautions d'usage, on ne passe pas, il faut ou bien employer une autre thérapeutique, si le temps presse, ou bien renvoyer le sondage au lendemain. Enfin, prendre toujours le meilleur instrument; se servir chez un urètre inconnu, d'un explorateur Leroy d'Etiolles à boule assez grosse, n° 20 ou 24, de la filière Charrière; pour un sondage évacuateur, surtout chez les prostatiques, prendre toujours une sonde béquille ou bi-béquille, qui permet à l'extrémité de la sonde, relevée, de suivre la paroi supérieure de l'urètre et surtout de la partie prostatique, la seule qui ne soit pas modifiée. Le talon, glissant sur la paroi inférieure, évitera les valvules et surtout la barre à versant abrupt du côté de l'urètre, formée par la tuméfaction isolée du lobe médian.

Nous avons vu, en effet, que c'était la paroi supérieure qui était la véritable paroi chirurgicale. Guyon dit n'avoir jamais trouvé de fausses routes en dehors de la paroi inférieure. Nous avons trouvé cependant, dans la thèse de Pinsan (Paris, 1900), une observation de Desnos de fausse route intéressant la paroi supérieure; le diagnostic de siège est fait par la manœuvre du mandrin de Guyon. (Cette manœuvre, excellente, permet, en passant dans une sonde béquille un mandrin métallique coudé, d'augmenter la courbure de cette sonde et de porter l'extrémité de la sonde très en avant et en haut dans le passage de l'urètre prostatique.) En faisant cette manœuvre, qui est faite cependant pour éviter la face inférieure et les fausses routes, Desnos constata que le bec venait buter en haut et en avant et déclancha une nouvelle hémorragie. Il put passer d'ailleurs en augmentant l'angle du mandrin, ce qui rejetait un peu plus en haut et en avant le bec de la sonde, qui passa au-dessus de la plaie, pour pénétrer ensuite dans la vessie.

En résumé, pour éviter la fausse route, il suffira d'agir avec une grande douceur, ne jamais pousser lorsque l'instrument est arrêté et que le malade souffre, et prendre d'autant plus de précautions que l'instrument est plus fin et plus rigide.

Il est entendu que les différents temps du cathétérisme doivent être respectés :

*Premier temps* : Amener l'instrument, incliné latéralement, presque au cul-de-sac du bulbe.

*Deuxième temps* : Ramener avec la main gauche la verge sur la ligne médiane et étalée sur le ventre.

*Troisième temps* : Abaisser la verge avec la main gauche, en tirant fortement sur elle pour augmenter l'angle du cul-de-sac; l'instrument doit pénétrer presque sans pression de la main droite.

*Quatrième temps* : Abaisser l'instrument entre les jambes du sujet; l'extrémité devient libre en la vessie.

Ces quelques considérations générales étant dites, pour

éviter les fausses routes, abordons maintenant le sujet même de notre travail.

Quelle est la conduite à tenir pour le chirurgien, spécialiste ou non, en face d'un tel accident ?

Deux cas sont tout d'abord à considérer :

1° Vous êtes l'auteur de la fausse route;

2° Le malade arrive à vous avec une effraction de la muqueuse urétrale faite par une main étrangère.

Nous allons voir que la conduite à tenir est assez différente dans les deux cas.

### I. — Fausse route au cours du cathétérisme.

Soit sur un malade inconnu à qui vous faites un cathétérisme explorateur, soit chez un malade en traitement (dilatation, évacuation), un obstacle peut surgir, alors que le cathétérisme était facile les jours précédents; on insiste un peu, il n'en faut quelquefois pas plus pour blesser la paroi de l'urètre.

Si après l'arrêt de la sonde et la douleur on retire le cathéter sans ramener de sang, le mal n'est pas bien grand. Si l'on ramène un peu de sang, ce n'est pas bien grave encore, mais il faut cependant cesser toute tentative de cathétérisme, pour ne pas aggraver la première lésion.

Bien souvent, la plaie étant minime, elle cicatrise très rapidement sans laisser de séquelles.

Une telle conduite est à tenir lorsque l'on n'est pas forcé absolument de sonder un malade, par exemple si l'on voulait soit explorer, soit dilater l'urètre.

Par contre, si le malade traumatisé par vous est en rétention aiguë (ce qui est le cas le plus souvent), ou bien s'il y a hémorragie intravésicale, il faut intervenir immédiatement. On peut essayer par la manœuvre du mandrin de Guyon de mettre une sonde à demeure.

Ou bien en faisant le cathétérisme en faisceau. Toutes manœuvres que nous expliquerons plus loin, et qui ne sont

guère à recommander. Le mieux, si l'on se trouve dans un milieu chirurgical, est de faire tout de suite une *cystostomie* d'urgence.

## II. — Fausse route acquise.

C'est un malade, presque toujours en rétention complète, ou bien chronique, chez un prostatique qui se sonde depuis longtemps, qui, à la suite d'une manœuvre malheureuse de la sonde, a souffert, « s'est fait saigner », et n'a pu passer. Ce malade souffre, il a un besoin pressant d'uriner et demande un soulagement immédiat.

On bien la rétention est aiguë, les tentatives de sondage ont été infructueuses; là aussi le malade a besoin d'un soulagement immédiat.

Il est facile de reconnaître la fausse route aux manœuvres antérieures et infructueuses et surtout à l'urétrorragie, qui ne manque jamais; souvent celle-ci est associée, surtout dans le cas de fausse-route prostatique, d'une hémorragie vésicale.

Mais souvent la fausse route passe au second plan; il faut d'abord vider la vessie du malade, c'est le danger le plus pressant. Que faire pour cela?

On peut tout d'abord essayer de passer avec une sonde coudée ou bicoudée, mais il ne faudra pas insister beaucoup, surtout si les cathétérismes antérieurs ont été particulièrement nombreux et difficiles; dans ce cas, la muqueuse urétrale peut être comme labourée par des plaies multiples, l'urétrorragie est très importante, la douleur très grande; il vaut mieux renoncer au cathétérisme.

On peut aussi faire une *ponction vésicale* qui permettra d'abord de gagner du temps, de vider la vessie et de décongestionner la prostate, permettant ensuite un cathétérisme plus facile; mais ce n'est là qu'un pis-aller : c'est aller au plus pressé, lorsque l'on ne peut agir autrement, par exemple en dehors du milieu chirurgical. Cette ponction se fera sur la ligne médiane juste au-dessus de l'arcade pubienne; passer de la teinture d'iode sur la peau et se servir d'un

fin trocart (le trocart moyen de Potain, par exemple). Enfoncer de 4 à 5 centimètres (on sent très bien quand on est dans la cavité libre); on retire le trocart, l'urine s'écoule. Mais là, comme dans le cas où l'on a pu passer une sonde, se méfier, ne pas, chez un prostatique en rétention, vider complètement la vessie, pour éviter l'hémorragie *a vacuo*. Certes, si la vessie est pleine — et c'est le cas que nous avons envisagé — il y a bien peu de chance pour que le trocart pénètre dans le feuillet séreux, à moins que le cul-de-sac prévésical du péritoine descende très bas; d'ailleurs, si l'urine est aseptique, cela n'offre aucun danger. Par contre, une infiltration d'urine septique (elle l'est presque toujours chez les vieux urinaires) dans le péritoine peut au contraire entraîner la mort (Guiard).

Donc, cette ponction de la vessie, binigine cependant, peut entraîner des complications; de plus, c'est un traitement symptomatique qui ne fait que reculer la date d'une intervention traitant vraiment la cause. Elle ne devra donc être employée qu'exceptionnellement; il était bon cependant de le signaler comme un moyen permettant, si le cathétérisme est impossible, de gagner du temps, de soulager le malade et de lui permettre d'arriver dans un milieu où l'on pourra traiter véritablement sa maladie.

### ***La sonde à demeure.***

Le plus souvent, pour qui sait sonder, on peut passer après la fausse route et laisser à demeure une sonde en gomme. Cette sonde a pour but de permettre une évacuation continue de l'urine. Nous ne parlerons pas ici des différents appareillages, nous laisserons le malade au lit et maintiendrons la sonde par un collier de sparablanç ou des crins venant se fixer aux poils du pubis. Nous laisserons cette sonde de cinq à huit jours suivant l'importance de la fausse route pour permettre une cicatrisation complète de la muqueuse urétrale. Le Professeur Marion, dans un article paru en 1912, montre

les avantages de la dérivation des urines dans les interventions sur l'urètre; certes, il n'est pas question des fausses routes, mais cependant nous pourrions voir les avantages et les inconvénients de la sonde à demeure.

Il était de règle de placer, toutes les fois qu'il y avait plaie profonde de l'urètre, une sonde à demeure pour protéger cette plaie opératoire ou accidentelle. Dans un grand nombre de cas, cette pratique n'avait pas d'inconvénient, et la guérison se faisait; mais quelquefois elle provoquait un suintement séro-purulent deux ou trois jours après la mise de la sonde; elle agirait donc souvent de façon défavorable. En effet :

1° C'est un corps étranger que l'on met au contact de la plaie.

2° Si stérile que soit la sonde, au moment de sa mise en place, elle peut quelquefois donner naissance à une petite infection localisée à la plaie.

3° Le but de la sonde est de mettre la plaie de l'urètre à l'abri du contact de l'urine; souvent la sonde ne répond pas à ce but, soit qu'elle ne soit pas au point, soit que l'œil se bouche, enfin même par simple capillarité; et il se produit même à l'endroit de la plaie une stagnation de l'urine qui favorisera la pullulation microbienne. La cicatrisation sera retardée; de plus cette cicatrice en milieu infecté sera plus rétractile et donnera plus souvent un rétrécissement secondaire.

Donc, il ne faudra employer la sonde à demeure comme moyen de dérivation urinaire que le moins possible, car elle donne des résultats moins favorables que les autres moyens de dérivation, à savoir : l'urétrostomie et la cystostomie. D'ailleurs, bien souvent après une fausse route, il est très difficile de passer la sonde; on est obligé quelquefois de recourir à deux procédés :

manœuvre du mandrin de Guyon,  
ou bien le cathétérisme en faisceau.

On se sert de mandrins métalliques, qui donnent la courbure et la rigidité voulue à la sonde molle. Il y en a deux formes : l'un est à grande courbure, comme les béniqués, l'autre est simplement coudé. Tous deux ont à leur extrémité libre un payillon mobile conique qui sert à fixer le mandrin sur la sonde.

Jusqu'à la prostate, la technique du sondage est la même que celle des béniqués ordinaires. Une fois arrivé sur l'obstacle, on retire de quelques millimètres mandrin et sonde : c'est le premier temps de la manœuvre, bien réglée par Guyon. Dans un deuxième temps, on retire le mandrin de la main droite, pendant que, *simultanément*, on pousse de la main gauche la sonde dans la vessie. Cette manœuvre permet d'augmenter la courbure de la sonde et de rejeter en avant le bec de la sonde, évitant ainsi la paroi postérieure. Enfin on retire le mandrin tout seul en maintenant la sonde en la vessie.

C'est une excellente manœuvre, qui réussit souvent, alors que les sondages précédents avec sondes béquillées ou bi-béquillées même se sont montrés impossible.

Le *cathétérisme en faisceau* n'est guère à recommander : il consiste à introduire une bougie dans la fausse route, puis, avec une seconde bougie, essayer d'arriver jusque dans la vessie. On y arrive quelquefois, mais le plus souvent en traumatisant davantage la muqueuse urétrale.

### *Urétrotomie externe. — Urérostomie.*

C'est une opération d'urgence qui ne demande pas un matériel très compliqué. L'anesthésie locale est mauvaise; il vaut mieux avoir recours à l'anesthésie générale au chloroforme (Legueu).

Le malade, rasé, lavé et désinfecté, est placé sur le bord de la table, les jambes écartées dans la position de la taille.

PREMIER TEMPS : *Incision*. — Sur la ligne médiane du périnée, en arrière des bourses, relevées, on incise la peau, le

tissu cellulaire sous-cutané, l'aponévrose superficielle. On tombe sur l'urètre antérieur.

Pour découvrir l'urètre postérieur, il vaut mieux se servir d'une autre incision, en avant du rectum et transversale (Proust).

DEUXIÈME TEMPS : *Résection*. — Si la déchirure de l'urètre est étendue, ce qui est assez rare, on doit procéder comme pour une rupture urétrale. La découverte du bout postérieur de l'urètre est très facile. On passe une sonde qu'on laissera à demeure et on suture la paroi urétrale (points séparés placés avec de petits aiguilles intestinales (Legueu).

TROISIÈME TEMPS : *Reconstitution du périnée et suture de la peau*. — Il ne faut pas d'espace mort entre le périnée et l'urètre; aussi, lorsqu'il y a eu hématome, pour combler la brèche il convient de ramener devant l'urètre les parties molles du périnée.

Enfin, suture complète de la peau par autant de crins de Florence qu'il est nécessaire.

On laisse la sonde à demeure de douze à quinze jours. La plaie urétrale se cicatrise ainsi, mais laisse à sa suite un rétrécissement.

Il est rare que l'on fasse l'urétrostomie, c'est-à-dire l'abouchement au périnée de l'urètre postérieur; c'est une excellente méthode de dérivation urinaire prônée par Rochet (Lyon), mais qui semble plutôt indiquée dans les cas de grands traumatismes de l'urètre (ruptures totales).

Enfin, l'urétrotomie externe rendra de grands services dans le cas de complications des fausses routes. Nous avons vu déjà parmi les complications infectieuses : les périurétrites, les phlegmons périurétraux (anciennement abcès urinaux ou infiltration d'urine), les prostatites; toutes ces supurations aiguës ou chroniques pouvant résulter de fausse route doivent être traitées par des incisions larges et un drainage approprié. La lésion de l'urètre passe au second plan (Guyon); il faut d'abord empêcher l'infection de se généraliser, on fera ensuite la résection de l'urètre traumatisé.

### *Cystostomie.*

La cystostomie hypogastrique, anciennement appelée la taille hypogastrique, a été pratiquée pour la première fois par Franco en 1556 pour extraire un gros calcul chez un enfant de 2 ans; d'ailleurs il ne recommande pas cette opération, la considérant comme trop dangereuse. Elle fut préconisée ensuite par Rousset, qui ne fit cependant aucune taille haute sur le vivant; enfin plus tard par Dionis, Riolan, Morand. Elle a été adoptée finalement par tous les chirurgiens contemporains, grâce surtout à Guyon, qui en a montré les avantages et qui a décrit une série de détails techniques faits pour en diminuer ou en supprimer les inconvénients.

Actuellement, la cystostomie hypogastrique est devenue l'opération de choix pour aborder la vessie dans la très grande majorité des cas (Pasteau).

Chez les prostatiques, cette opération fut prônée en 1887 par Poncet, qui en fit même le seul traitement à envisager chez les prostatiques en rétention.

*Préparation de l'opéré.* — La préparation de l'opéré et de la vessie n'est pas envisagée, car dans le cas de fausse route on fait une opération d'urgence. Sinon, il y aurait lieu d'attendre s'il y a des phénomènes de cystite et de donner des antiseptiques urinaires.

*Anesthésie.* — Comme nous aurons à traiter le plus souvent des gens âgés, il vaut mieux employer l'anesthésie locale, qui est très suffisante pour la cystostomie pure et simple. Richer (Lyon), donne les avantages de la rachianesthésie surtout pour éviter les douleurs, si l'on est obligé d'explorer au doigt la vessie. Cependant, le tamponnement du col vésical et de l'urètre postérieur a pu se faire dans notre observation VI sans faire trop souffrir le malade.

L'anesthésie générale n'est pas nécessaire dans ce temps opératoire.

*Position de l'opéré et du chirurgien.* — Le malade sera mis en position de Trendelenbourg, pour refouler la masse intestinale à la partie supérieure de l'abdomen.

Le chirurgien se place à la gauche du malade, s'il est droitier. Il n'est pas question ici de remplir la vessie avec un liquide aseptique, ou par distension avec de l'air, car le plus souvent c'est un malade en rétention qui se présente au chirurgien.

*Incision de la paroi abdominale.* — Verticale et médiane, elle doit commencer assez bas, à 1 centimètre au-dessus du bord supérieur du pubis, et remonter le moins haut possible.

On incise la peau et le tissu cellulaire sous-cutané jusqu'à l'aponévrose (bien entendu avant l'incision on a passé sur la peau à inciser et sur les parties avoisinantes une solution antiseptique : teinture d'iode dédoublée ou goménol). On fixe sur les bords de la plaie deux compresses.

On incise verticalement et sur la ligne médiane l'aponévrose; on pénètre avec le doigt dans l'interstice des grands droits; sectionner en bas les muscles pyramidaux s'ils sont un peu développés, pour arriver jusqu'au pubis.

Inciser alors la gaine celluleuse en arrière des droits; on tombe sur la graisse jaune clair sous-péritonéale et prévésicale.

*Relèvement du cul-de-sac sous-péritonéal.* — Lorsqu'on sent le globe vésical, l'index droit va, sur la ligne médiane, au niveau du pubis, ou en arrière de lui, accrocher le tissu prévésical, et, recourbé en crochet, il l'attire vers l'ombilic, en le séparant de la face antérieure de la vessie. Le décollement est quelquefois plus facile, si l'on arme l'index d'une compresse de gaze. Il suffit de décoller le cul-de-sac sur la ligne médiane seulement; on voit alors la face antérieure de la vessie avec ses faisceaux musculaires et les veines qui montent verticalement de la région du col.

Guyon avait autrefois l'habitude de fixer le cul-de-sac à

la partie supérieure de l'incision par un point de catgut; cette manœuvre a été abandonnée.

*Incision de la vessie.* — Comme on opère sur une vessie distendue par une urine le plus souvent septique, il faut faire l'incision de la vessie de façon à ce qu'il ne s'écoule pas dans la plaie du liquide intravésical. Pour cela, l'index de la main gauche est placé contre la lame du bistouri, qui, maintenu par la main droite, ponctionne la vessie. Le doigt glisse dans l'ouverture vésicale dès qu'elle est suffisante pour le recevoir; cette manœuvre, rapidement exécutée, empêche le liquide de la vessie de s'épancher au dehors; introduire alors une sonde et faire l'aspiration. Mais mieux et plus simplement, dès la paroi antérieure de la vessie visible, on l'embroche avec deux fils de catgut placés symétriquement de chaque côté de la ligne médiane. Entre ces deux fils qu'on attire à soi et que l'on peut fixer à l'écarteur de Legueu, on incise la vessie et on la vide.

On protège la plaie opératoire tout autour de l'incision par un matelas de compresses maintenu par les trois branches de l'écarteur de Legueu, placé juste avant d'inciser la vessie.

Il ne reste plus qu'à aboucher les lèvres de l'incision vésicale aux bords de la plaie cutanée; introduire un gros tube de Freyer et le fixer aussi aux lèvres de la plaie cutanée, à la partie inférieure de celle-ci, par deux crins. Ce tube sortira du pansement et permettra les lavages de la vessie et l'évacuation de l'urine.

Si, après avoir vidé la vessie de l'urine et des caillots, on voit sourdre le sang de l'urètre postérieur à travers le col (obs. VI), on doit faire un tamponnement, avec une mèche de gaze passée par l'incision de cystostomie, et le col, de l'urètre postérieur. Cette mèche sera laissée en place quarante-huit heures, temps suffisant pour arrêter l'hémorragie (Professeur Duvergey).

*Terminaison de l'opération.* — Si la plaie vésicale a été faite exactement d'une dimension suffisante pour laisser passer le

drain, il ne reste qu'à rétrécir l'orifice de la paroi abdominale par quelques points à la partie supérieure de l'incision.

Si la plaie vésicale est trop grande, on la diminue par quelques points perforants, séparés, au catgut. Mettre un pansement ordinaire avec compresse et coton stérile ou compressif (Pasteau), d'où sortira l'extrémité libre du drain, qui sera placé dans un urinal entre les cuisses du malade. Le repos au lit est indiqué pendant quelques jours.

*Prostatectomie transvésicale.* — Si le malade est atteint d'adénome prostatique (6 cas dans nos 7-observations), on fera, trois semaines ou un mois après la cystostomie, la prostatectomie transversale (méthode de Freyer). Nous insistons fort peu sur la technique opératoire, qui est d'ailleurs assez simple :

L'index droit pénètre dans la vessie par l'ouverture de la cystostomie; on incise la muqueuse vésicale, et en enfonçant le doigt, on dénude d'un coup la face postérieure de la prostate.

Il y a ensuite deux manières d'agir :

1° Continuer le décollement des faces postérieure et latérales vers la face antérieure, la prostate séparée de la portion membraneuse par effraction, ou contenir la prostate et l'urètre postérieur fermé dans un seul bloc enveloppé dans une espèce de capsule (le sphincter intraprostatique, Motz).

Par cette façon d'opérer, on risque une hémorragie importante par ouverture des plexus veineux périprostatiques (Leguen).

2° Enlever la prostate en un bloc constitué par deux lobes réunis par une commissure postérieure, contenant l'urètre prostatique, mais séparés en avant.

Pour cela, après avoir décollé au doigt la face postérieure de la prostate, abandonner le plan de clivage, pénétrer dans l'urètre et faire éclater la paroi latérale de l'urètre prostatique (Proust) pour séparer les bords pubiens des lobes prostatiques de leur commissure antérieure. La manœuvre est faite à droite, puis à gauche, en s'aidant de l'index gauche, introduit dans le rectum, et repoussant la prostate vers le

haut. La prostate ne tient plus que par sa portion membraneuse; on sectionne, puis, entre les deux doigts, l'un dans la vessie, l'autre dans le rectum, on comprime les surfaces extérieures de la cavité prostatique l'une contre l'autre, pour faciliter sa contraction et arrêter l'hémorragie.

On introduit un gros tube de Freyer dans la vessie, qu'on laisse quatre jours. Après une dizaine de jours, on peut tenter des lavages sous pression par l'urètre.

Après quinze à dix-huit jours, la miction par l'urètre peut se faire. On ferme l'ouverture de cystostomie.

*Resultats de cette opération.* — Dans le cas de fausse route de l'urètre, la cystostomie suivie de prostatectomie, bien que ne s'adressant pas à la lésion urétrale elle-même, permet :

1° l'évacuation de l'urine; le malade qui a une fausse route est en effet toujours en état de rétention, et le cathétérisme évacuateur se montre impossible;

2° la dérivation de l'urine, c'est-à-dire la mise au repos complet du canal traumatisé, et, par suite, permet de prévenir l'infection de la plaie, qui se trouve à l'abri de toute souillure par l'urine et de tout contact par corps étranger (sonde à demeure);

3° dans le cas d'hémorragie grave, elle permet l'hémostase rapide par tamponnement avec une mèche de gaze de l'urètre postérieur;

4° si l'on enlève ensuite la prostate hypertrophiée, l'énucléation est plus facile d'après Bellanger, ce qui s'expliquerait par la décongestion et la diminution de volume de l'adénome;

5° elle ne présente pas de contre-indications formelles; au contraire, chez les vieux rétentionnistes à mauvais état général et à infection chronique, cette dérivation haute fait constater une amélioration générale avec chute de température (Guyon, Pousson, Marion, Legueu, Duvergey). De plus, cette opération ne nécessitant pas un repos au lit prolongé, elle supprime le risque très grand, pour les vieillards, des complications pulmonaires.

## CHAPITRE III

### OBSERVATIONS

---

#### OBSERVATION I.

(LAUNAY, *Bull. Soc. anat. Paris*, 1861, p. 223.)

M. L..., 74 ans, entré le 30 avril 1861, service de M. Demarquay.

Depuis huit mois, difficultés pour uriner. Un chirurgien appelé le sonde; la dysurie augmente; le malade se fait sonder souvent. La veille de son entrée, une personne étrangère à l'art veut sonder le malade et ne peut y parvenir; plusieurs tentatives infructueuses. Enfin, devant le besoin pressant d'uriner du malade, on envoie chercher un médecin, qui ne put, à son tour, pénétrer dans la vessie et ne retira de la sonde que du sang.

Dès son entrée dans le service, M. Demarquay tente immédiatement le cathétérisme, la sonde pénètre dans une cavité que l'on croit être la vessie, mais il ne sort qu'un peu de sang liquide et quelques caillots. On injecte de l'eau par la sonde, on tente l'aspiration à la seringue : toujours pas de résultat... Introduction d'un instrument de lithotritie pour écraser les caillots et faciliter l'expulsion. L'instrument manœuvre librement dans la cavité, ce qui confirme l'opinion que la sonde est bien dans la vessie. On met alors une sonde en gomme à demeure, on fait, toutes les deux heures, des injections d'eau froide. Le soir, le médecin traitant appelé, se demande si la sonde n'est pas dans une fausse route pratiquée entre le rectum et la prostate. En effet, par le toucher rectal on s'assure que la sonde est très près de l'intestin. Le chirurgien, prenant une sonde en gomme munie d'un mandrin à très grande courbure, et après quelques tâtonnements, pénètre dans la vessie. Il sort 2 l. 500 d'urine; le malade est soulagé.

Pendant sept jours, état stationnaire avec un peu de fièvre.

Le 7 avril, frisson, fièvre et délire la nuit.

Le 8 avril, l'état général est mauvais, ventre douloureux.

Le 9 avril, prostration, fièvre violente.

Le 10 avril, le malade succombe.

*Autopsie.* — Tissu cellulaire du petit bassin enflammé, formation de fausses membranes peu épaisses; à droite, abcès sous-péritonéal. La vessie a acquis une capacité considérable. La prostate a acquis un volume énorme. Hypertrophie, surtout des lobes latéraux, surtout le gauche. L'urètre prostatique est agrandi, la muqueuse urétrale est déchirée et décollée sur le lobe gauche sur une hauteur de 6 centimètres. Une fausse route, sur la paroi postérieure, en décollant la muqueuse, arrive près de la vessie et forme une cavité pleine de caillots. En arrière du veru montanum, deux petits culs-de-sac de 1 centimètre de profondeur, pratiqués par le bec du cathéter.

## OBSERVATION II.

(MONOD, *Bull. Soc. anat. Paris*, 1879, p. 689.)

II... (Louis), serrurier, 56 ans, entré à Necker le 4 juin 1879.

Troubles de la miction au début de l'année. Pollakiurie intense (toutes les dix minutes); au mois de mars, n'urine plus que par regorgement. Le 7 juin, le malade se décide, pour la première fois, à consulter. Un médecin essaye de le sonder vainement. Plusieurs tentatives de cathétérisme furent faites par des confrères et restèrent également infructueuses. Le canal saigne abondamment à la suite de ces manœuvres.

Le 3 juin, ponction de la vessie; le 4, amené à l'hôpital. La vessie remonte à l'ombilic. Vives souffrances du malade. Le toucher rectal fait constater une saillie considérable de la prostate. Plusieurs tentatives de cathétérisme avec des sondes à grande courbure et mandrin coudé et bicoudé échouent. Deuxième ponction hypogastrique : on retire, avec aspirateur Potain, 1 l. 500.

Le 5, nouvelles tentatives de cathétérisme. Le canal saigne abondamment. Langue sèche, agitation. Fièvre (38°); quatrième

ponction à 6 heures du soir. L'état général devient de plus en plus mauvais. Guyon essaye une nouvelle fois le cathétérisme; cinquième puis sixième ponction (chacune retirant 1 l. 500 d'urine).

Le 6 juin, septième ponction à 11 heures; mort à midi, dans un état demi-comateux.

*Autopsie.* — Vessie distendue, parois molles et flasques. Prostate énormément hypertrophiée, saillie considérable du lobe moyen s'élevant à la manière d'un monticule arrondi entre la cavité vésicale et la cavité prostatique. Le sommet de la saillie se recourbe légèrement en avant et rappelle un croupion de poulet. Entre cette saillie et les lobes latéraux, hypertrophiés également, et formant deux masses convexes allongées obliquement d'avant en arrière, existent deux gouttières ou rigoles profondes partant de la cavité prostatique, profondément excavée, et se dirigeant presque verticalement en haut. A la base, saillie moyenne; du côté gauche, existe une fente verticale de 1 cm. 5 de hauteur, qui conduit dans un véritable tunnel horizontal d'une profondeur de 2 cm. 5, creusé dans l'épaisseur de cette saillie. Une sonde cannelée introduite dans cette fausse route arrive presque au contact de la muqueuse vésicale. Il s'écoule du sang par cet orifice plus de huit jours après l'autopsie. Il existe une deuxième fausse route sur la paroi inférieure, du côté droit, en avant de la région prostatique.

#### OBSERVATION III.

(VERLIAC, *Journal d'urologie*, 1925.)

Homme de 66 ans, porteur d'un rétrécissement urétral, entre à Necker le 22 décembre 1924, après une période de rétention pour laquelle il avait été soigné en ville. Sondages continués à Necker avec des difficultés plus ou moins grandes suivant les jours. La température s'élève progressivement jusqu'à 39°5; elle reste stationnaire. Mort quinze jours après l'entrée dans le service.

*Autopsie.* — Abscès miliaires dans les reins, vessie à muqueuse épaisse, nacrée, remplie d'une urine infecte. Orifice urétral large ainsi que l'urètre prostatique et membraneux.

A partir du veru montanum, la muqueuse est largement et

profondément ulcérée. Dans la cavité urétrale sont groupés quatre petits calculs à facettes; le canal paraît bordé par une paroi lisse contenant un petit calcul. Cette paroi lisse n'est pas la cavité de l'urètre, mais un conduit artificiel anté-urétral, une fausse route qui enjambe le rétrécissement. L'urètre, rétréci, chemine sous-jacent et parallèlement à cette fausse route. Celle-ci a donc exclu pour ainsi dire le rétrécissement et réalisé une anastomose uréthro-urétrale sans déterminer d'infection localisée ou diffuse, à laquelle il semble qu'on aurait dû s'attendre (immunité peut-être due au siège de la fausse route sur la paroi supérieure de l'urètre). L'examen histologique confirme ce peu d'infection. Au-dessus de la fausse route, urètre rétréci et scléreux.

#### OBSERVATION IV.

(ESCAT, *Marseille médical*, 1926.)

Malade âgé de 35 ans, rétréci. A la suite d'une dilatation avec une bougie n° 15, douleur violente et urétrorragie abondante. La sonde cependant ramène une urine sanglante. Les douleurs étant très vives dès que l'on touche à la bougie, celle-ci est laissée en place.

Il se produit une abondante hémorragie vésicale.

Aussitôt entré dans le service, cystostomie d'urgence sous anesthésie générale au chloroforme. On retire 300 cm<sup>3</sup> d'urines sanglantes et caillots; la prostate était littéralement embrochée par la bougie. On retire celle-ci, on fait un tamponnement avec gaze passant par l'ouverture de la cystostomie. L'hémorragie s'arrête. On enlève la mèche quarante-huit heures après. Au bout de quinze jours, la bouche de cystostomie est fermée. Suites opératoires normales.

#### OBSERVATION V (Personnelle).

(Due à l'obligeance de M. le Professeur DUVERGEY.)

M. D..., 65 ans, entre le 25 décembre 1924 à la maison de santé en état de rétention vésicale depuis vingt-quatre heures. Il avait été précédemment sondé facilement pour des accès de rétention

aiguë; la veille au soir, pris de rétention, le malade veut se sonder lui-même avec une sonde à bécuille n° 18. Trouvant un obstacle dans la profondeur, il a voulu employer la force et a eu une impression de déchirure douloureuse; du sang s'est écoulé par la sonde; il l'a retirée, et depuis ne peut uriner et souffre très violemment dans toute sa zone hypogastrique.

Au toucher rectal, gros adénome; la vessie fait saillie dans le rectum, au-dessus; une sonde passée prudemment dans l'urètre bute contre un obstacle et ramène du sang.

Le 26 décembre : Cystostomie sous anesthésie locale d'urgence; on évacue 1 litre environ d'urine sanglante avec des caillots. On voit très nettement du sang venir, par le col vésical, de l'urètre prostatique. Un gros tube de Freyer est placé; le malade est soulagé, mais il saigne pendant trois ou quatre jours. On emploie les hémostatiques.

Suites opératoires normales.

Un mois après, prostatectomie survenue sans aucun accident. On enlève une tumeur constituée par trois lobes, dont un postérieur. On note à 3 centimètres au-dessous du lobe médian, sur la face postérieure de l'urètre, un véritable diverticule représentant la fausse route.

#### OBSERVATION VI (Personnelle).

(Due à l'obligeance de M. le Professeur DUVERGEY.)

M. M..., 59 ans, entre le 24 novembre 1930 à la maison de santé: Prostatique déjà depuis plusieurs années, sondé trois ou quatre fois pour rétention aiguë. Pris de rétention la veille au soir, a fait appeler son médecin, qui a voulu sonder comme d'habitude avec une sonde à bécuille; en voulant franchir un obstacle dans l'urètre postérieur, a déterminé une déchirure de cet urètre postérieur avec écoulement de sang par la sonde. Le malade éprouva une très vive douleur.

Entré d'urgence avec une vessie très distendue, un adénome moyen, subit la cystostomie d'urgence sous anesthésie locale.

750 cm<sup>3</sup> d'urine sont évacués avec sang et caillots. La région du col saigne abondamment. Tamponnement de l'urètre postérieur à l'aide d'une mèche de gaze passant par l'ouverture de la cystostomie, enlevée au bout de quarante-huit heures; l'hémorragie ne récidive pas.

Un mois après, prostatectomie avec suites normales. La pièce enlevée montre un adénome constitué surtout par un lobe médian postérieur, présentant à sa base les traces d'une déchirure avec son véritable récessus.

#### OBSERVATION VII (Personnelle).

(Due à l'obligeance de M. le Professeur DUVERGEY.)

M. H..., 42 ans, entre à l'Hôpital du Tondu le 2 février 1932 pour pollakiurie, douleurs dans les testicules et le bas-ventre, surtout pendant la miction.

A 18 ans, blennorrhagie suivie de cystite. Rétrécissement lui fait suite, pour lequel le malade est assez irrégulièrement dilaté.

En novembre 1927, le malade est hospitalisé dans le service de M. le Professeur Duvergey, à la suite d'une urétrorragie importante survenue après cathétérisme dilatateur. Ponction de la vessie, réaction péritonéale.

A son entrée dans le service, cystostomie d'urgence avec nouvelle réaction péritonéale, puis les phénomènes s'amendent. Le malade sort sur sa demande un mois après.

Mais la douleur et la gêne à la miction vont en augmentant, le jet s'arrête quelquefois comme si l'urètre se bouchait.

Le malade ne se décide à revenir à l'hôpital que le 2 février 1932; il présente alors des phénomènes de cystite intenses, urine toutes les heures, la nuit comme le jour; urine très trouble avec pus et sang.

Radiographie montre calculs vésicaux.

On fait une nouvelle radiographie après mise de la sonde, qui s'engage dans une fausse route, formant sous la prostate un véritable récessus, très visible sur la radio de profil. Nouvelle cystos-



OBSERVATION VII. — Radiographie de l'urètre par injection de lipiodol.



tomie le 8 février; on enlève trois calculs vésicaux.

Les phénomènes de cystite s'amendent, mais le malade refuse de rester plus longtemps et sort du service avec son méat contre nature et son appareillage.



## CONCLUSIONS

---

I. — La fausse route de l'urètre, le plus souvent, est de pronostic bénin, et guérit sans traitement spécial.

II. — Cependant elle peut être le point de départ d'hémorragies graves, chez les vieux prostatiques infectés, d'une infection localisée (abcès) ou généralisée (phlegmons péri-urétraux, périurétrites), et pouvant mettre en danger la vie du malade.

III. — Des différents traitements envisagés dans cette étude, il faut retenir :

a) la sonde à demeure, pendant trois à huit jours, qui peut rendre d'utiles services.

b) l'urétrotomie externe, à employer dans le cas de traumatisme très important de la muqueuse urétrale.

c) la cystostomie sus-pubienne, qui permet à la plaie de se cicatriser à l'abri de l'urine, fait cesser l'hémorragie en supprimant la congestion (Bellanger) et en permettant l'hémostase, fait diminuer l'urée sanguine (Legueu), entraîne une diminution de volume de la prostate facilitant l'énucléation (Bellanger).

Enfin la prostatectomie (méthode de Freyer), qui suit la cystostomie à un mois d'intervalle, permet de supprimer une des causes les plus fréquentes de fausse route en même temps que la véritable maladie, à savoir : l'adénome prostatique.

VU, POUR LE DOYEN :

L'Assesseur,

J. GUYOT.

VU, BON A IMPRIMER :

Le Président,

J. DUVERGEY.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Bordeaux, le 7 décembre 1933.

Le Recteur de l'Académie,

A. TERRACHER.



## BIBLIOGRAPHIE

---

- AMBROSIO. — Ischiura vesicale da ingorgo erosino della prostata, impossibilita della introduzione del catétere per gravissima false strade, fatte da mano inesperta al catéterismo; puntura subra pubica; guarizione. *Rev. clin. d'Urin. di Napoli*, 1887.
- BECLÈRE (H.) et HENRY (R.). — Radiographies d'urètres normaux et rétrécis. *Bull. de la Soc. de chir. de Paris*, 1922, p. 212-219.
- BELLANGER. — Cystostomie sus-pubienne. Physiopathie et indications. Thèse Paris, 1929.
- BONNEAU (H.). — Lubrefaction de l'urètre et non de l'instrument. *Ann. des mal. des org. gén. urin.*, Paris, 1907.
- Dangers de la ponction vésicale dans la rétention d'urine par hémorragie vésicale. *Journ. d'urologie*, août 1932.
- CARMOUZE. — Prostatectomie totale transvésicale par la voie sus-pubienne. Thèse Bordeaux, 1903-1904.
- CARON. — Opération de la prostatectomie en deux temps. Thèse Lille, 1921.
- CHARRASSE. — Indications du cathétérisme ou de l'intervention chez les prostatiques. Thèse Lyon, 1904-1905.
- CHRISTENSEN. — Dangerous haemorrhage after a false passage in the urethra. *Forh. Kirurg. foren. Kristania*, 1919.
- CIBERT. — La rétention chronique avec distension chez les prostatiques. Son traitement par la cystostomie sus-pubienne. Thèse Lyon, 1927.
- COPPERE. — Essai sur prostatectomie en deux temps. Thèse Lyon, 1906-1907.
- DUCHET et SUCHAUX. — Dangers de la ponction vésicale. *Rev. méd. de la Franche-Comté*, 15 oct. 1922.

Duvergey. — Leçons cliniques.

Escat. — Un cas de fausse route de l'urètre prostatique par sonde bougie. *Marseille médical*, 1926.

Godard. — Indications de la cystostomie d'urgence. Thèse Paris, 1902-1903.

Gourdet. — Instruments du cathétérisme. *Journ. d'urologie*, mai 1929.

Guiard. — *In extenso*, Traité chirurgical d'urologie (Legueu).

Guillaume. — Dérivation temporaire des urines dans les interventions sur l'urètre. Thèse Paris, 1911-1912.

Guyon. — *Leçons cliniques*, t. III, p. 319.

Harrison. — Some cases of urethral stricture complicated with a prostatic false route or passage. *Lancet*, Londres, 1903, p. 416.

Heraud. — Conduite à tenir vis-à-vis de l'urètre de suite après incisions de l'abcès urinaire. Thèse Lyon, 1911-1912.

Jeanbrau. — Bienfaits de la sonde à demeure. *Montpellier médical*, 1907.

— Précis de pathologie chirurgicale. Masson, 1928, t. V, p. 484-487.

Knight (M. E. J.). — Hoemorrhage of urethra and prostate. *Am. Journ. d'Urol.*, New-York, 1907, p. 20-27.

Krebs. — Prostatectomie sus-pubienne sous anesthésie locale. Thèse Paris, 1911-1912.

Launay. — Hypertrophie de la prostate; difficultés du cathétérisme; fausses routes considérables; péritonite; mort. *Bull. de la Soc. d'anat. de Paris*, 1861.

Legueu. — Infection urinaire et cystostomie. *Rev. de méd. et de chir. prat.*, 1908.

— Traité chirurgical d'urologie. Alcan, 1910, p. 60.

Lüys. — Des qualités requises pour bien sonder. *La Clinique*, Paris, 1906.

Maucrat. — Prostatectomie transvésicale. Thèse Paris, 1908-1909.

Marion. — Dérivation de l'urine dans les opérations sur l'urètre. *Bull. de la Soc. de chir. de Paris*, 1912.

— Prostatectomie sus-pubienne. Indications. Technique. Soins post-opératoires. *Presse médicale*, 1909.

- MARION. — Des douleurs après cystostomie. *Journal d'urologie*, févr. 1932.
- MARION, ACHARD et PAISSEAU. — Thérapeutique urinaire. Baillière, 1910, p. 137.
- MONOD. — Saillie du lobe moyen de la prostate. Fausse route très profonde à la base de ce lobe. Cathétérismes infructueux. Mort après ponctions. *Bull. de la Soc. d'anat. de Paris*, 1879.
- ORTIZ et ISNARDI. — Technic of catheterization. *Rev. des Spécialités*, juin 1928.
- OCHSNER (Chicago). — Une prostatectomie réunissant les avantages des méthodes sus-pubiennes et périnéales. *Surg. Gyn. and Obst.*, Chicago, 1928.
- PASTEAU (O.). — Opérations sur la vessie. *Encyclopédie d'urologie*, t. IV, p. 1021.
- PHILET. — Du cathétérisme. *Rev. gén. de chir. et de thérap.*, Paris, 1923.
- PINSAN. — Cathétérisme de l'urètre chez les prostatiques. Thèse Paris, 1900-1901.
- PONCET. — Traité de la cystostomie sus-pubienne. Paris, 1889.
- POUSSON et DESNOS. — *Encyclopédie d'Urologie*, t. V, p. 64.
- RICHER. — Blessures de l'urètre pelvien. Thèse Lyon, 1918-1919.
- Avantages de la rachianesthésie dans la cystostomie. *Journ. d'urologie*, févr. 1929.
- ROCHET et DURAND. — Cystotomie et cystostomie périnéales. *Arch. provinc. de chir.*, 1896, p. 489.
- SANDOVAL. — Uréthro-cystoscopie au moyen de l'urétro-cystoscope de Heitz-Boyer dans lésions du col vésical et de l'urètre prostatique. Thèse Paris, 1926.
- SAUVAN. — Traitement d'urgence des hématuries vésicales. Thèse Montpellier, 1904-1905.
- SILVA. — Dérivation temporaire des urines dans les interventions sur l'urètre. Valeur de cystostomie et uréthroscopie. Thèse Paris, 1911-1912.
- SORDINA. — Anesthésie de l'urètre. Thèse Paris, 1922.
- SORESI. — Nouvelle prostatectomie sus-pubienne. *New-York Med. Journ.*, 5 juill. 1929.

- SOURDILLE. — Le cathétérisme de l'urètre au moyen des sondes rigides courbes. *Gaz. méd. de Nantes*, 2 sept. 1908.
- SURRACO (A. Luis [Montevideo]). — Considérations sur prostatisme et la prostatectomie. *Journal d'urologie*, 1925, p. 273-300.
- UTEAU et CAILLOT. — Radiographie d'urètres injectés au collargol. *Bull. de la Soc. franç. d'urol.*, nov. 1919.
- VALERIO. — Catheterismo e falsos caminhos. *Brazil Medic.*, 14 déc. 1929.
- VERLIAC. — Curieuse fausse route urétrale. *Bull. de la Soc. franç. d'urolog.*, Paris, 1925.
- VINTICI. — Urétrorragie grave consécutive aux dilatactions de l'urètre. *Journ. d'urologie*, 1928, p. 132-136.
- VOILLEMER. — Traité des maladies urinaires. Paris, 1868.
- WASSILIEF (A.). — Cystostomie idéale. *Gazette des hôpitaux*, 1894, p. 415.







